



CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre: _____

Apellido 1º: _____

Apellido 2º: _____

DNI/NIE: _____

N.I.O.: _____

Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Este cuestionario es reservado, para empleo en el ámbito del reconocimiento.

Conteste sí o no poniendo un aspa en el recuadro de la opción elegida (en el reconocimiento podrá ampliar la información)

SI	NO	1. ¿Ha sido operado alguna vez?
SI	NO	2. ¿Sigue algún tratamiento, rehabilitación o régimen especial de comidas?
SI	NO	3. ¿Ha padecido alguna enfermedad de los ojos o tiene dificultad para ver bien?
SI	NO	4. ¿Ha sido operado de los ojos (de miopía u otro proceso)?
SI	NO	5. ¿Usa algún tipo de lentes correctoras para la vista?
SI	NO	6. ¿Tiene alguna dificultad para hablar o tartamudea?
SI	NO	7. ¿Oye bien o ha padecido alguna enfermedad de los oídos?
SI	NO	8. ¿Ha tenido alguna vez vértigos, mareos o desmayos?
SI	NO	9. ¿Padece sinusitis o catarros con frecuencia?
SI	NO	10. ¿Ha padecido dolor o ardor de estómago con frecuencia?
SI	NO	11. ¿Tiene problemas habitualmente para hacer la digestión?
SI	NO	12. ¿Se ha puesto amarillo alguna vez? (ictericia)
SI	NO	13. ¿Tiene diarrea con frecuencia o las deposiciones son negras o con sangre?
SI	NO	14. ¿Padece asma o dificultad respiratoria?
SI	NO	15. ¿Ha padecido alguna enfermedad del pecho? (tos, fatiga)
SI	NO	16. ¿Se cansa más de lo normal?
SI	NO	17. ¿Le dan palpitaciones? ¿Ha tenido soplos en el corazón alguna vez?
SI	NO	18. ¿Ha tenido alguna enfermedad del corazón?
SI	NO	19. ¿Ha perdido el conocimiento alguna vez?
SI	NO	20. ¿Ha tenido alguna fractura o luxación de articulaciones?
SI	NO	21. ¿Ha tenido o tiene alguna limitación de movimiento del hombro, codo, mano, cadera, rodilla o pie?
SI	NO	22. ¿Ha padecido cólicos de riñón?
SI	NO	23. ¿La orina presenta aspecto o color extraño?
SI	NO	24. ¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual?
SI	NO	25. ¿Padece dolores de cabeza con frecuencia?
SI	NO	26. ¿Ha tenido convulsiones o ataques epilépticos?
SI	NO	27. ¿Ha consumido o consume alcohol en cantidades excesivas?
SI	NO	28. ¿Ha consumido o consume marihuana, cocaína, morfina, heroína, sedantes, disolventes, anfetaminas u otras drogas?
SI	NO	29. ¿Padece de "nervios" o ha padecido, tiene angustia si está en sitios cerrados o con mucha gente o trastornos del sueño?
SI	NO	30. ¿Ha necesitado asistencia psicológica?
SI	NO	31. ¿Ha necesitado alguna vez tratamiento psiquiátrico?
SI	NO	32. ¿Toma alguna medicina en la actualidad?
SI	NO	33. ¿Está pendiente de alguna operación o de algún estudio médico?
SI	NO	34. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a algo?
SI	NO	35. ¿Tiene alguna limitación que le impida ser vacunado?

SI	NO	36. ¿Tiene problemas dentales?
SI	NO	37. ¿Tiene alguna limitación de salud que, en su opinión, le dificulte o impida desarrollar sus funciones?
SI	NO	38. ¿Ha recibido alguna pensión o indemnización por causa médica?
SI	NO	39. ¿Ha estado de baja médica en los últimos doce meses?
SI	NO	40. ¿Ha pasado algún reconocimiento médico (antes o después de una misión, o de otro tipo) en los últimos doce meses? Solo para mujeres
SI	NO	41. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o trastorno ginecológico o mamario?
SI	NO	42. ¿Cree usted estar embarazada en el momento actual?

Declaro bajo mi responsabilidad ser cierto todo lo expuesto anteriormente.

....., a de de 20.....

Firma.

Protección de datos de carácter sanitario

En virtud de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Ministerio de Defensa pone en conocimiento que el presente "Cuestionario de Salud" formará parte del Historial Militar (Expediente de aptitud psicofísica) como resultado de los reconocimientos médicos establecidos.

El ministerio de Defensa ha tomado las medidas oportunas para que los resultados de este cuestionario sean tratados con las debidas medidas de protección de datos personales de carácter sanitario. Podrá ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al responsable del fichero de su Unidad.

Ampliación de datos del Cuestionario: (indicar número de pregunta sobre la que se dan más datos)